



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HOITOTYÖN KEINOT MUISTISAIRAAN LE- VOTTOMAN POTILAAN RAUHOITTA- MISEKSI

Kaisa Peltoniemi

Antoaneta Kallio

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2018
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

PELTONIEMI, KAISA & KALLIO, ANTOANETA:
Hoitotyön keinot muistisairaankäytännön levottoman potilaan rauhoittamiseksi

Opinnäytetyö 34 sivua, joista liitteitä 6 sivua
Huhtikuu 2018

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön keinoja muistisairaankäytännön levottoman potilaan rauhoittamiseksi. Yhteistyökumppanina oli Espero Care Villa Niemi. Opinnäytetyön tehtävä oli selvittää mitä hoitotyön keinoja voidaan käyttää levottoman muistisairaankäytännön rauhoittamiseksi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa työelämän yhteistyökumppanin sekä mahdollisesti myös hoitotyön opiskelijoiden ja hoitoalalla työskentelevien ammattilaisten käyttöön tai hoitotyön opintojen sisällön suunnitteluun. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja sen aineisto haettiin seuraavista tietokannoista: Medic, Finna, CINAHL Complete, Cochrane, Medline ja Ovid. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että toimivia keinoja levottoman muistisairaankäytännön rauhoittamiseksi on löydetty vasta vähän. On kuitenkin havaittu, että oikein toteutuneella kivunhoidolla voidaan vaikuttaa muistisairaankäytännön potilaalla esiintyvään levottomuuteen. Myös hoitajan hyödyntämä persoonallinen, intuitiivinen, eettinen ja ammatillinen sekä yksilöllisesti potilasta lähestyvä toimintatapa auttaa levottoman muistisairaankäytännön potilaan kohtaamisessa ja rauhoittamisessa. Aromaterapialla ja hieronnalla ei ole todettu olevan suurta merkitystä levottomuuden vähentymisessä, kuten ei myöskään kävelyllä. Soitetun barokkimusiikin ja valohoidon havaittiin jopa lisäävän muistisairaankäytännön levottomuutta.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella todettiin, että toimivia lääkkeettömiä keinoja muistisairaankäytännön levottoman potilaan rauhoittamiseksi on löydetty ja tutkittu vasta vähän. Suomessa aihetta ei ole tutkittu kovinkaan laajasti, joten jatkossa tulisi tehdä myös suomenkielistä laadukasta hoitotyön tutkimusta aiheesta muistisairaiden määrän kasvaessa erityisesti väestön ikääntyessä. Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää sairaanhoitajakoulutuksen suunnittelussa sekä toiminnan kehittämisessä hoitoalalla.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

KAISA PELTONIEMI & ANTOANETA KALLIO
Nursing Methods for Managing Restlessness in Patients with Memory Disorders

Bachelor's thesis 34 pages, appendices 6 pages
April 2018

The purpose of this thesis was to examine the available literature for methods of managing restlessness in patients with memory disorders. It was developed in partnership with Esperi Care Villa Niemi. The objective of this thesis was to provide both our partner and nursing students with current information on available options in management of aggression and restlessness in elderly care. The research data was collected from the Medica, Finna, CINAHL Complete, Cochrane, Medline and Ovid databases. A content analysis was used to analyze the gathered data. The results of this work could be potentially beneficial in the development of care plans or for learning purposes.

It was found in this thesis that there are not enough practices that have proven reliable or they are not researched well enough yet. However, it is suggested that appropriate pain management could have a positive effect on aggression. Additionally, the carers' own personal, intuition, ethical and professional practices play a significant role in handling agitation. Case specific approach has also proven promising. Aromatherapy and massage together or individually did not seem to affect patients' restlessness significantly and neither did walking. Baroque music and light therapies had a negative effect on the patient's behavior.

In conclusion, there are only few, not (yet) well-researched methods to manage restlessness in elderly with memory disorders. Especially in Finland further research is necessary to provide safe and adequate care for our elderly.

Key words: elderly, memory disorders, restlessness, agitation, behavioral disorders, care practices

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1. Muistisairaudet.....	7
	3.2. Levottomuus	8
	3.3. Hoitotyön keinot	8
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	10
	4.1. Kirjallisuuskatsaus	10
	4.2. Aineiston keruu.....	10
	4.3. Analysointi.....	13
5	TULOKSET	14
	5.1. Musiikki.....	14
	5.2. Aromaterapia ja hieronta	14
	5.3. Kävely.....	15
	5.4. Kivunhoito	15
	5.5. Hoitajan käyttäytyminen.....	16
	5.6. Yksilöllinen kohtaaminen	17
	5.7. Kirkasvalohoito.....	18
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	19
	6.1. Eettisyys ja luotettavuus	19
	6.2. Tulosten yhteenveto	20
	6.2.1 Musiikin käyttö rauhoittamisen keinona Suomessa.....	20
	6.2.2 Aromaterapian ja hieronnan vaikutus levottomuuteen	21
	6.2.3 Kävelyn ja liikunnan vaikutukset levottomuuteen.....	22
	6.2.4 Kivunhoidon vaikutus levottomuuteen	22
	6.2.5 Hoitajan omat rauhoittamisen keinot	23
	6.2.6 Yksilöllinen kohtaaminen	23
	6.2.7 Kirkasvalohoidon vaikutukset.....	24
	6.3. Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	25
	LÄHTEET	26
	LIITTEET	29
	Liite 1. Aineiston kuvaus.....	29

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä ja ihmisten eläessä yhä pidempään, muistisairaudet yleistyvät. Muistisairaudet ovat huomattavasti yleisempiä ikääntyvällä väestöllä kuin työikäisillä. Yli 85-vuotiaista joka kolmannella on jokin muistisairaus, kun taas 65-74-vuotiaista vain noin viidellä prosentilla. Dementia-asteiseen muistisairauteen sairastuu noin 13 000 henkilöä vuosittain. Edelleen suuri osa jää kuitenkin myös diagnosoimatta, eli todellinen luku on luultavasti vielä suurempi. (Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Jopa 90%:lla muistisairauksia sairastavista on joitakin käytösoireita, jotka heikentävät elämänlaatua, lisäävät palvelujen tarvetta ja ovat tärkein syy pitkäaikaishoidon aloittamiseen. Myös somaattisten eli elimellisten sairauksien tai muiden laukaisevien tekijöiden mahdollinen vaikutus käytösoireisiin tulee selvittää, kun oireet ilmaantuvat ensimmäistä kertaa tai pahenevat. (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää hoitotyön keinoja muistisairaahan levottoman potilaan rauhoittamiseksi. Työelämätahonamme toimi Esperi Care Villa Niemi, joten tavoitteenamme oli tuottaa tietoa heidän käyttöönsä sekä mahdollisesti myös hoitotyön opiskelijoiden ja hoitoalalla työskentelevien ammattilaisten käyttöön tai hoitotyön opintojen sisällön suunnitteluun.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen sen mielenkiinnon ja oletettavan hyödyllisyyden perusteella. Muistisairaita henkilöitä voi kohdata sairaanhoitajan ammatissa missä tahansa työyksikössä, jonka asiakaskunta koostuu vanhemmista potilaista. Toivomme, että voimme käyttää hyödyksemme tämän opinnäytetyön tuloksia myös itse levottomien muistisairaiden parissa työskennellessämme ja omassa ammatillisessa kasvussamme. Haluaisimme osata käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja muistisairaahan levottoman potilaan rauhoittamiseksi omassa työssämme niin, että lääkkeelliset keinot eivät välttämättä olisi ensisijaisia.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

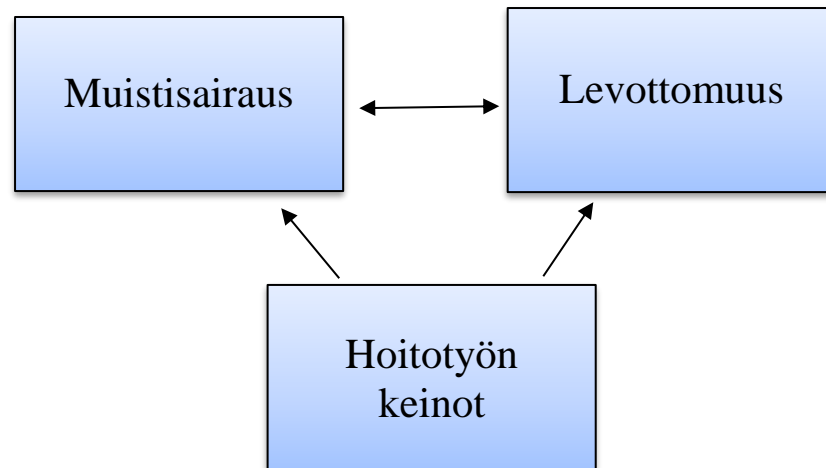
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitotyön keinoja muistisairaana levottoman potilaan rauhoittamiseksi.

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää mitä hoitotyön keinoja voidaan käyttää levottoman muistisairaana potilaan rauhoittamiseksi.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa työelämän yhteistyökumppanin sekä mahdollisesti myös hoitotyön opiskelijoiden ja hoitoalalla työskentelevien ammattilaisten käyttöön tai hoitotyön opintojen sisällön suunnitteluun.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tämä opinnäytetyö käsittelee levottoman muistisairaahan rauhoittamisen hoitotyön keinoja. Teoreettisia lähtökohtia (kuvio 1) ovat muistisairaus, levottomuus ja hoitotyön keinot.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

3.1. Muistisairaudet

Muistisairaudet ovat sairauksia, jotka heikentävät muistia ja muita tiedonkäsittelyn eli kognition osa-alueita. Näitä muita alueita ovat esimerkiksi näönvarainen hahmottaminen, kielelliset toiminnot ja toiminnanohjaus. (Erkinjuntti, Remes, Rinne, & Soininen 2015; Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Useat muistisairaudet ovat eteneviä. Ne johtavat lopulta dementiaan, jossa tiedonkäsittely ja muisti ovat niin vahvasti heikentyneitä, että päivittäisistä toiminnoista selviytyminen hankaloituu. Alzheimerin tauti on yleisin etenevistä muistisairauksista, mutta muita eteneviä muistisairauksia ovat esimerkiksi Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus, Lewyn kappale –tauti, aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus ja otsa-ohimolohkorapeumat. (Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Suomessa on arvioitu olevan 193 000 muistisairasta ihmistä, joista 93 000 on vähintään keskivaikeassa muistisairauden vaiheessa. Muistisairaudet keskittyvät enimmäkseen iäkäämpään väestöön ja ne luetaan kuuluviksi suomalaisiin kansantauteihin. On arvioitu, että muistisairauksien hoidon yhteiskunnalliset kustannukset ovat noin 10 000 euroa sairastunutta kohden. (Muistiliitto 2016b.)

3.2. Levottomuus

Muistisairauksiin liittyy 90 %:lla potilaista joitakin käytösoireita (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2017). Käytösoireita voivat olla esimerkiksi masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, vaeltelu, harhaisuus, persoonallisuuden muutokset tai uni- ja valverytmin häiriöt (Muistiliitto 2017). Näiden lisäksi käytösoireisiin voidaan lukea myös fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus, estoton käyttäytyminen, pakkoitku tai -nauru sekä huutelu (Sulkava 2016). Joskus muistisairaalla henkilöllä esiintyy myös sundowning-oireyhtymää, jossa levottomuus, sekavuus ja kuljeskelu lisääntyvät aina iltaisin (Muistiliitto 2016a). Levottomuus- eli agitaatio-oireita on havaittavissa noin 50-60 %:lla dementoituneista potilaista ja ne ovat psykoosioireiden ohella tavallisimpia muistisairauksien myöhäisvaiheiden oireita (Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä 2016).

Käytösoireiden taustalla on yleensä useita syitä, kuten neurokemialliset ja -patologiset muutokset, potilaan muut sairaudet sekä muistisairaahan henkilön elinympäristö ja persoonallisuus. Yleensä käytösoireet ovat vähäisempiä tutussa ympäristössä kuten kotona, vaikka toisaalta tuttuakin ympäristö voi muistisairaasta henkilöstä tuntua vieraalta ja pelottavalta ja aiheuttaa siitä syystä levottomuutta ja häiriökäyttäytymistä. (Sulkava 2016.)

3.3. Hoitotyön keinot

Muistisairauksiin liittyviä käytösoireita voidaan hoitaa joko lääkkeellisesti tai lääkkeettömästi. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan erilaisia vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttavia psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja sekä potilaan perustarpeista huolehtimista. Lääkehoito tapahtuu ensisijaisesti muistisairauksien lääkehoidona, mutta myös muista lääkkeistä voi olla apua käytösoireiden hoidossa. (Koponen &

Vataja 2016a.) Lääkkeettömien keinojen tulisi kuitenkin olla ensisijaisia hoitokeinoja useimpien käytösoireiden hoidossa (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017).

Käytösoireita tulee hoitaa silloin, jos ne aiheuttavat potilaalle itselleen räsitusä, heikentävät hänen toimintakykyään tai vuorovaikutustaan muiden ihmisten kanssa, aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle itselleen tai ympärillä oleville ihmisille, vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun tai jos omaiset eivät käytösoireista johtuen jaksä enää huolehtia potilaasta. (Koponen & Vataja, 2016a; Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2017.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1. Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsausta käytetään tutkitun tiedon keräämiseen. Sen tehtävänä on kehittää teoreettista ymmärrystä tai teoriaa, mutta se mahdollistaa myös kerättyjen tietojen käytettävyyden ja hyödyllisyyden arvioinnin. Tavoitteena on ajantasaistaa lukijan tiedot aiheesta käsittelevästä kirjallisuudesta ja toimia perusteluna jatkotutkimuksille (Cronin, Ryan & Coughlan 2008). Stoltin, Axelinin ja Suhosen (2016, 8) mukaan kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa seuraaviin päätyyppeihin: kuvailevat kirjallisuuskatsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen metasynthesi.

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus eroaa muista kirjallisuuskatsaustyypeistä sen kysymyksenasettelun laajuuden suhteen. Tätä menetelmää käytettäessä tutkijat itse päättävät millaisia rajoituksia asetetaan. Ongelmana voidaan pitää sitä, että lukija ei tiedä kuinka kattava katsaus on ja käytettyjen lähteiden luotettavuutta ei yleensä arvioida kriittisesti. (Stolt ym. 2008, 9; Aveyard 2010, 16.)

Valitsemamme opinnäytetyön menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, koska se mahdollistaa tietojen keräämisen riittävän laajasti, mutta kuitenkin järjestelmällisesti. Opinnäytetyössämme emme vertaile erilaisia hoitotyön keinoja keskenään, vaan selvitämme millaisia hoitokeinoja sairaanhoitaja voi käyttää vähentämään muistisairaudesta kärsivien potilaiden levottomuutta.

4.2. Aineiston keruu

Aineistonkeruu toteutettiin seuraavissa tietokannoissa: CINAHL Complete, Medline, Ovid ja Cochrane sekä suomenkieliset Medic ja Finna. Haimme suomeksi ja englanniksi vuosina 2007-2017 julkaistuja tutkimuksia ja artikkeleita. Luotettavuuden varmistamiseksi käytimme vain vertaisarvioituja julkaisuja. Löydettyjen hoitokeinojen piti olla toteutettavissa olevia sekä yleisesti hyväksyttyjä hoitotyön keinoja Suomessa, eli poissul-

jimme esimerkiksi kulttuurieroista johtuen Suomeen sopimattomat keinot. Lisäksi keinojen piti olla hoitohenkilökunnan itsenäisesti toteutettavia sekä sellaisia, jotka eivät vaadi erityisosaamista tai erillistä lisäkoulutusta.

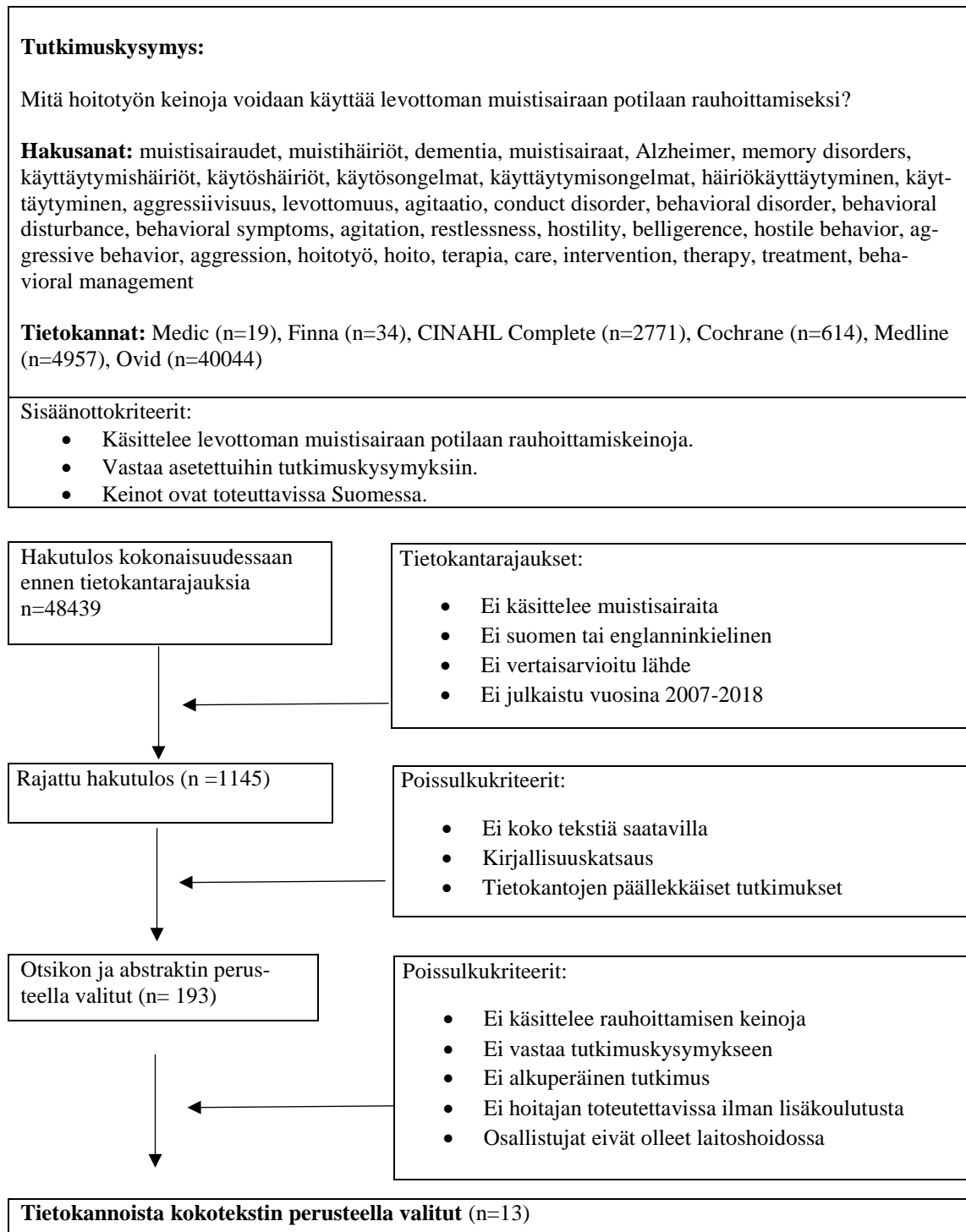
Käytetyt hakusanat on kuvattu taulukossa 1. Hauissa käytetiin näitä sanoja ja niiden yhdistelmiä.

TAULUKKO 1. Tietokantahauissa käytetyt hakusanat

Nº	Keskeinen käsite	Hakusanat suomeksi	Hakusanat englanniksi
1	Muistisairaus	Muistisairaudet, muistihäiriöt, dementia, muistisairaat, Alzheimer	Memory disorders, dementia, Alzheimer
2	Levottomuus	Käyttäytymishäiriöt, käytöshäiriöt, käytösongelmat, käyttäytymisongelmat, häiriökäyttäytyminen, käyttäytyminen, aggressiivisuus, levottomuus, agitaatio	Conduct disorder, Behavioral disorder, Behavioral disturbance, behavioral symptoms, agitation, restlessness, hostility, belligerence, hostile behavior, aggressive behavior, aggression
3	Hoitotyön keinot	Hoitotyö, hoito, terapia	Care, intervention, therapy, treatment, behavioral management

Haut toteutettiin joulukuun 2017 ja helmikuun 2018 välillä. Valituissa tietokannoissa käytettiin jo aiemmin mainittuja hakusanoja ja hakuehtoja tietokannoista riippuen. Jos tietokantaa ei tukenut hakuehtoja, käytiin tulokset läpi manuaalisesti. Tulokset rajattiin ensin otsikon perusteella. Seuraavassa vaiheessa luettiin valittujen tutkimusten tiivistelmät ja poistettiin ne, jotka eivät vastanneet meidän tutkimuskysymykseemme. Haku toteutui seuraavasti: joulukuussa CINAHL Complete, Medline ja Ovid ja tammikuussa Me-

dic, Finna ja Cochrane. Otsikon ja tiivistelmän perusteella valittiin 193 tutkimusta. Seuraavaksi valitut tutkimukset luettiin läpi ja poissuljettiin ne, jotka eivät käsitelleet rauhoittamisen keinoja, eivät vastanneet tutkimuskysymykseen, eivät olleet hoitajan toteutettavissa tai joiden osallistujat eivät ole laitoshoidossa. Lopullinen aineiston määrä oli 13 tutkimusta (Liite 1).



KUVIO 1. Hakuprosessin toteutus

4.3. Analysointi

Tässä opinnäytetyössä käytetty analyysimenetelmä oli sisällönanalyysi. Se on tekstianalyysi, jonka avulla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleistetyssä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103-104). Sisällönanalyysin avulla tulokset voidaan esittää referoidusti ja selkeästi kadottamatta oleellisia tietoja (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108).

Sisällönanalyysi jaetaan kahteen tyyppiin: induktiivinen ja deduktiivinen sisällönanalyysi. Induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä voidaan käyttää apuna esimerkiksi systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä on kolme vaihetta: aineiston pelkistäminen, sen ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi ja Sarajärvi 2013, 107–108, 123).

Tässä opinnäytetyössä oli käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Kerätty aineisto luettiin läpi ja opinnäytetyön tehtävään liittyvät kohdat merkattiin. Tulokset ryhmiteltiin keinojen mukaisiin teemoihin, joiden mukaan tulokset esitellään seuraavassa kappaleessa. Tuomen ja Sarajärven (2013) mukaan luokat ja luokittelu ovat vain apukeinoja tiedon tarkasteluun, eikä niitä ole tarpeen käyttää jokaisessa kirjallisuuskatsauksessa (Tuomi & Sarajärvi 2013, 124).

5 TULOKSET

Tulokset kuvaavat seuraavia hoitotyön keinoja: musiikki, aromaterapia ja hieronta, kävely, kivunhoito, hoitajan käyttäytyminen, yksilöllinen lähestyminen ja kirkasvalohoito levottoman muistisairaana potilaan rauhoittamisen apuvälineinä.

5.1. Musiikki

Barokkimusiikin todettiin lisäävän käytöshäiriöitä muistisairaille vanhuksilla Nairin ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa. Viikkoina, joina barokkimusiikkia soitettiin vanhainkotien yleisissä tiloissa, ilmaantui merkittävästi enemmän käytöshäiriöitä kuin niinä viikkoina, joina tutkimukseen osallistuvien käytöstä havainnointiin ilman barokkimusiikkia. Sukupuolella tai hoitoyksiköllä ei havaittu olevan vaikutusta tuloksiin, mutta ajankohdan huomattiin vaikuttavan. Iltapäivisin raportoitiin yksi käytöshäiriötapaus enemmän viikossa, kun tuloksia verrattiin iltaisiin tuloksiin. (Nair ym. 2010, 12–13.)

5.2. Aromaterapia ja hieronta

Aromaterapialla ja/tai käsihieronnalla ei todettu olevan tilastollisesti merkittäviä vaikutuksia aggression tai levottomuuden vähenemiseen Fun, Moylen ja Cooken (2013) tekemässä tutkimuksessa. Osallistujien käytöshäiriöitä mitattiin CMAI-SF -pisteillä eli työkalulla, joka mittaa käytöshäiriöitä muistisairaille henkilöillä. Pisteiden keskiarvot laskivat hieman eli käytöshäiriöt vähenivät kaikissa arvioituissa häiriökäyttäytymisen muodoissa, paitsi epäasiallisen pukeutumisen ja riisuutumisen kohdalla, mutta eivät kuitenkaan tilastollisesti merkittävästi. Suurin keskiarvon lasku ilmaantui yleisen levottomuuden, toistuvan käytöksen, naputtelun ja erikoisen liikehännän kohdalla. Käytöshäiriöt vähenivät samankaltaisesti sekä aromaterapian ja yhdistetyn aromaterapian ja käsihieronan ryhmissä, kuten myös placebo-ryhmässä, jossa tutkimukseen osallistuvien iholle suihkutettiin vettä aromaterapeuttisen öljyn sijaan, eivätkä he vastaanottaneet käsi hierontaa. Vaikka tutkimuksessa ei saatu osoitettua kliinisesti merkittäviä tuloksia, oli silti selvää, että osa tutkittavista yksilöistä hyötyi kyseisestä interventtiosta. (Fu, Moyle & Cooke 2013, 5–7.)

Aromaterapialla yhdistettynä käsihierontaan ei huomattu olevan kliinisesti merkittävää vaikutusta myöskään Yoshiyaman, Aritan ja Suzukin (2015) tekemässä tutkimuksessa. Levottomuutta, joka koostui valittamisesta ja toistuvista kaavamaisista toimintatavoista, arvioitiin CMAI-pisteillä. Levottomuus väheni tutkimusjakson aikana, mutta ei tilastollisesti merkittävästi. (Yoshiyama, Arita & Suzuki 2015, 762–763.)

Myöskään laventeliöljyn käytöllä yksinään ei havaittu merkittävää vaikutusta fyysisen levottomuuden esiintymiseen tai tutkittavien kiihtymykseen. Tutkimuksessa havaittiin satunnaista levottomuuden vähentymistä, mutta sen uskotaan olevan sattumasta johtuvaa. (O'Connor, Eppingstall, Taffe & van der Ploeg 2013, 4–6.)

Moylen ym. (2013) tekemässä tutkimuksessa, jossa vertailtiin jalkahieronnan ja hiljaisen läsnäolon vaikutusta levottomuuteen ja mielialaan muistisairailta henkilöillä, todettiin, että molemmissa ryhmissä levottomuus kasvoi. Kasvu oli kuitenkin merkittävämpää hiljaisen läsnäolon tutkimusryhmässä kuin jalkahierontaryhmässä. Hiljaisen läsnäolon ryhmässä huomattiin myös lisääntynyttä varautuneisuutta, kun taas jalkahierontaryhmässä havaittiin tutkittavien varautuneisuuden vähenemistä. Tutkijat arvelivat sen johtuvan rentoutumisesta ja rauhoittumisesta hieronnan vaikutuksesta. (Moyle ym. 2014, 859–861.)

5.3. Kävely

Päivällä tehdyllä puolen tunnin mittaisella kävelylenkillä ei todettu olevan vaikutusta yölliseen levottomuuteen muistisairailta henkilöillä Eggermontin, Blankevoortin ja Schrederin (2010) tekemässä tutkimuksessa. Yöllistä levottomuutta arvioitiin Actiwatch-monitorilla, joka oli kiinnitetty tutkittavien henkilöiden ranteeseen. Esiintynyt levottomuus säilyi tutkimusjakson ajan samana sekä kontrolliryhmällä että tutkimusryhmällä. (Eggermont, Blankevoort & Schreder 2010, 747–748.)

5.4. Kivunhoito

Ahnin, Garvanin ja Lyonin (2015, 256) tutkimuksessa selvitetään koetun kivun ja aggressiivisen käytöksen välistä suhdetta. He huomasivat, että asukkaat, jotka kärsivät kovista

kivuista käyttäytyivät 12 % useammin verbaalisesti aggressiivisesti kuin he, joilla ei ollut kovia kipuja. Tutkimuksessa löydettiin myös yhteys kyvyn kertoa kivusta ja agitaation välillä, sillä ne asukkaat, jotka pystyivät kertomaan kivuistaan, käyttivät verbaalista aggressiota, kun taas ne, jotka eivät pystyneet kertomaan kivusta, käyttivät sekä verbaalista että fyysistä aggressiota. (Ahn Garvan & Lyon 2015, 259-262.)

Husebo ym. (2011) löysivät myös huomattavan 17 % vähennyksen CMAI pisteissä kahdeksan viikon kivunhoidon jälkeen. Neljä viikkoa intervention jälkeen, kun kivunhoito palautettiin tutkimusta edeltävälle tasolle, agitaation määrä lisääntyi jälleen. Tutkijat mainitsevat, että kivunhoitoon käytetyt opioidit saattoivat vaikuttaa tuloksiin. Niitä käytettiin kuitenkin vain 25,6 %:lla asukkaista. Lisäksi kognition mitatussa määrässä ei ollut eroa kontrolliryhmään verrattuna, joten tutkijat arvioivat, ettei opioidien aiheuttama uneliaisuus vaikuttanut agitaation määrään. (Husebo ym. 2011.)

5.5. Hoitajan käyttäytyminen

Hoitajan käyttäytymisellä on suora vaikutus potilaan käyttäytymiseen sekä positiivisesti että negatiivisesti. Vuonna 2004 ja myöhemmin vuonna 2009 Suomessa tehdyssä tutkimuksessa Saarnio ja Isola tekivät kyselyn hoitajille siitä, millaisilla keinoilla he pyrkivät rauhoittamaan haasteellisesti käyttäytyviä muistisairaudesta kärsiviä vanhuksia. (Saarnio & Isola 2010, 323.) Tulokset on jaettu neljään eri pääluokkaan. ”Hoitajan persoonallinen toimintatapa” sisältää luovuuden, huumorin käytön sekä hoitajan oman persoonan. ”Hoitajan intuitiivinen toimintatapa” koostuu ennaltaehkäisystä, mukaan menemisestä ja tilanteista pois johdattamisesta. ”Hoitajan eettinen toimintatapa” kattaa vanhuksen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen. ”Hoitajan ammatillinen toimintatapa” sisältää hoitajan vuorovaikutustavan, toiminnallisuuden hyödyntämisen, ympäristön muokkaamisen, neuvottelun työtoverin ja/tai omaisten kanssa, validaatio-terapian hyödyntämisen sekä vanhuksen perustarpeista huolehtimisen. (Saarnio & Isola 2010.)

Vuoden 2004 kyselyn tuloksista mainitaan vanhuksen elämänhistorian tunteminen, pitkä työkokemus, hoitajan teoreettinen tietämys dementoivista sairauksista sekä organisaatioon liittyvät edellytykset eli hoitajien työsuhteiden pysyvyys. Toisaalta vuonna 2009 saadut tulokset osoittivat, että hoitajat kokevat hyödylliseksi vain vanhuksen elämänhistorian tuntemisen ja työsuhteiden pysyvyyden. (Saarnio & Isola 2010.)

5.6. Yksilöllinen kohtaaminen

Van Haitsma ym. (2013) tutkivat yksilöllistetyn positiivisen psykososiaalisen intervention (Individualized Positive Psychosocial Intervention, IPPI) vaikutusta verrattuna kahden kontrolliryhmään. Toinen kontrolliryhmä (Attention Control (AC)) osallistui hoitajan kanssa tavallisiin toimintoihin, kuten lehtien lukemiseen ja jutteluun ja toinen kontrolliryhmä sai tavanomaista hoitoa (Usual care (UC)). IPPI-ryhmän jäsenet osallistuivat heille henkilökohtaisesti suunniteltuihin aktiviteetteihin. (Van Haitsma ym. 2013, 38)

IPPI- ja AC-ryhmien jäsenet ilmaisivat enemmän positiivista käytöstä kuten positiivista sanallista ilmaisua, positiivista kosketusta sekä käyttivät enemmän aikaa psykososiaaliin tehtäviin. He ilmaisivat enemmän myös nautintoa ja valppautta. Negatiivisia tunteita ja käytöstä kuten vihaa, ahdistusta, surua, vetäytymistä, agitaatiota, tyhjää katsetta, levottomuutta ja aggressiota ilmeni vähemmän kuin positiivista käytöstä. Molemmat ryhmät saivat lähes yhtä hyviä tuloksia keskenään ja tulokset olivat selvästi kontrolliryhmää (UC) parempia. (Van Haitsma ym. 2013, 41-42)

Huomattava ero IPPI- ja AC-ryhmien välillä oli negatiivisissa tuloksissa. AC-ryhmä koki selvästi enemmän negatiivisia asioita, kuten vihaa, yhteistyöhaluttomuutta ja negatiivista kielenkäyttöä kuin IPPI ryhmä. (Van Haitsma ym. 2013, 41-42.)

Bird, Llewellyn-Jones ja Korten (2009) tutkivat yksilöllisen lähestymisen vaikutusta muistisairaudesta kärsivien haastavaan käytökseen ja hoitajien kokemaan stressiin. Interventioon kuului tiedon kerääminen jatkuvan tapauksen arviointi sek myöhemmin pala-
veri hoitajien kanssa siitä mitkä interventiot olisivat mahdollisia. (Bird ym. 2009.)

Tutkimukseen osallistui sekä palvelukodissa (n=33) että kotihoidossa olevia potilaita (n=11). Palvelukodeissa interventiot saatiin pääosin käyttöön kahden kuukauden aikana ja kotihoidon omaishoitajat tarvitsivat apua paljon pidempään. Hoitajille tarjottiin tarvittavaa apua interventioiden käyttöönotossa ja niiden hienosäätämässä. Yleisimpiä interventioita olivat fyysisten ja psyykkisten ongelmien hoito, hoitokäytäntöjen muuttaminen, sosiaalisen tai fyysisen ympäristön muuttaminen ja hoitajien sekä omaishoitajien neuvominen ja tukeminen. (Bird ym. 2009, 76.)

Käytös arvioitiin paremmaksi 58,6 %:lla potilaista ja sen arvioitiin pysyneen ennallaan 26,8 %:lla potilaista. Hoitajien kokema stressi lieveni 41,5 %:ssa tapauksista ja pysyi ennallaan 53,6 %:ssa. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö väheni tutkimuksen aikana, vaikka niitä muutamissa tapauksissa käytettiin interventiodien osana. Alussa kaksi kolmasosaa potilaista käytti niitä, lopuksi vain noin puolet. Tutkijat myös mainitsivat, että koska MMSE-pistemäärä ei kasvanut, tuloksia ei voida selittää kognitiivisten toimintojen parantumisella. (Bird ym. 2009, 73-79.)

5.7. Kirkasvalohoito

Kirkasvalohoidolla ei todettu agitaatiota vähentävää vaikutusta Dowlingin, Grafin, Hubbard ja Luxenbergin (2007) eikä Barrickin ym. (2010) tutkimuksissa. Molemmissa tutkimuksissa kirkasvalohoidolla oli jopa agitaatiota lisäävä vaikutus. (Dowling ym. 2007; Barrick ym. 2010.)

Kirkasvalohoito annettiin Dowlingin tutkimuksessa siten, että potilas altistettiin 2500 luxin valaistusvoimakkuudelle tunnin ajaksi arkipäivisin. Valaistusvoimakkuus saavutettiin oleskelemalla ulkona tai sisätiloissa joihin pääsi valoa ulkoa, tarvittaessa käytettiin myös keinovalaistusta. (Dowling ym. 2007.) Barrickin tutkimuksessa valaistusvoimakkuus oli vastaava 2000-3000 luxia, mutta altistus kesti pidempään ollen joko aamulla klo 7-11 tai iltapäivällä klo 16-20 tai koko päivän, eli klo 7-20. Käytettyä valonlähdetä ei tarkemmin määritetty. (Barrick ym. 2010.)

Vaikka molemmissa tutkimuksissa todettiin pieniä eroja riippuen siitä, mihin aikaan päivästä valohoitoa annettiin, yhdessäkään tapauksessa mitattu agitaatio ei ollut matalampi verrattuna kontrolliryhmään (Dowling ym. 2007; Barrick ym. 2010). Barrickin ym. (2010) tutkimuksessa huomattiin, että aamulla annettu valohoito aiheuttaa agitaatiota erityisesti vaikeasta muistisairaudesta kärsivillä. Tutkimuksessa myös mainittiin agitaation voimakkuuden lisääntyneen kaikissa ryhmissä päivän aikana saavuttaen huipun klo 16-20 ja saavuttaen korkeampia arvoja päivän pituuden mukaan keväällä, kun päivät pitenevät. (Barick ym. 2010). Dowlingin ym. (2007) tutkimuksessa todettiin vastaavasti aamulla annetun valohoidon lisäävän agitaatiota eniten (Dowling ym. 2007).

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1. Eettisyys ja luotettavuus

Jo opinnäytetyön aihetta valitessa ja työn suunnitteluvaiheessa on tärkeää pohtia aiheen eettisyyttä. Kirjallisuuskatsauksen tulee perustua terveystieteiden tutkittuun tietoon (Kylmä & Juvakka 2007, 144). Opinnäytetyömme on tehty kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää käyttäen, joten kaikki aineisto on peräisin aiemmin tehdyistä tutkimuksista. Työssä käyttämämme tutkimukset ja muut lähteet on etsitty luotettavista terveystieteen tietokannoista, internet-sivuilta sekä kirjoista. Rajaamalla hakutulokset viimeisten kymmenen vuoden aikana julkaistuihin teoksiin pyrimme varmistamaan sen, että löytämämme tieto oli ajankohtaista ja totuudenmukaista.

Opinnäytetyön tekemisen pääperiaatteina on tiedon oikeellisuus sekä plagioinnin, tulosten muokkaamisen tai teorian vajavaisuuden välttäminen sekä tulosten kritisoinnin muistaminen (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 25-27). Hyvän tieteellisen käytännön loukkauksia ovat esimerkiksi puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin (Tuomi & Sarajärvi 2013, 133). Merkitsimme lähteet sekä lähdeviitteet tekstiin oikeaoppisesti, kunnioittaen alkuperäisten tekijöiden tekijänoikeuksia. Tämä myös lisäsi opinnäytetyön eettisyyttä ja luotettavuutta, sillä kaikki tekstissä mainitut tiedot ovat tarkistettavissa alkuperäisestä lähteestä. Luotettavuutta lisää myös se, että koko opinnäytetyöprosessi on toteutettu yhdessä.

Hyvää tieteellistä käytäntöä loukkaa myös se, jos tutkimustulokset tai käytetyt menetelmät on raportoitu huolimattomasti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 133). Olemme raportoineet opinnäytetyössämme sen vaiheet mahdollisimman tarkasti, mikä edesauttaa sen luotettavuuden arvioinnissa. Halutessaan lukija voisi toteuttaa opinnäytetyön prosessin uudelleen ja saada samankaltaiset tulokset.

Koska systemaattisella tiedonhaulla löydetty tutkimukset ovat lähinnä englanninkielisiä, on mahdollista, että tekstien käännöksessä on tapahtunut väärinymmärryksiä tai virheitä. Minimoimme kuitenkin tämän riskin lukemalla tutkimukset huolellisesti ja käyttämällä sanakirjaa apuna. Vertailimme myös näkemyksiämme siitä, mitä tekstissä tarkoitetaan, jotta varmistuimme siitä, että molemmat ovat ymmärtäneet tekstin samalla tavalla. Myös

kieliharha on mahdollinen, sillä käytimme vain suomen- ja englanninkielisiä tekstejä. Jotta tärkeää tietoa ei kadotettaisi kieliharhan takia, olisi tärkeää huomioida kaikilla kielillä aiheesta tehtyt tutkimukset (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 53.) Opinnäytetyön prosessiin varatun ajan ja käytössä olevien resurssien vuoksi tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista.

Jos tutkimuskohteena on jokin organisaatio, sen toiminnot tai henkilöstö, kuuluu hyviin ja eettisiin tutkimuskäytäntöihin tutkimusluvan pyytäminen (Tampereen yliopisto 2018). Olemme saaneet luvan opinnäytetyön tekemistä varten työelämän yhteistyökumppani Esperi Care Villa Niemeltä.

Opinnäytetyössämme oli alun perin myös toinen ja kolmas tehtävä, ”2. Miten näitä keinoja tulisi käyttää?” sekä ”3. Missä tilanteissa on hyvä käyttää lääkkeellisiä keinoja ja missä lääkkeettömiä hoitotyön keinoja?”. Päätimme jättää toisen tehtävän pois, sillä se oli aiheena kovin laaja ja osittain myös päällekkäinen ensimmäisen opinnäytetyön tehtävän kanssa. Päätimme jättää opinnäytetyöstämme myös kolmannen tehtävän pois, sillä totesimme tiedonhakujen jälkeen, että aiheisiin liittyviä luotettavia tutkimuksia ei löytynyt. Valituissa tutkimuksissa oli käsitelty yksittäisiä hoitotyön keinoja levottoman muistisairaalan potilaan rauhoittamiseksi, mutta yksikään tutkimus ei käsitellyt kattavasti eri hoitomenetelmien toimivuutta eri tilanteissa.

6.2. Tulosten yhteenveto

6.2.1 Musiikin käyttö rauhoittamisen keinona Suomessa

Musiikin vaikutuksia ihmiseen on tutkittu runsaasti. Sillä on todettu olevan positiivinen vaikutus elämänlaatuun, jaksamiseen, kommunikointiin ja tunnekokemuksiin. Musiikin käyttö hoitotyössä on helppoa, ja sitä voidaan käyttää monipuolisesti eri tilanteissa sekä yksilökeskeisesti että ryhmässä. Hoitajalla tulisi olla uskallusta ja luovuutta käyttää musiikkia hoitotyön apuvälineenä, sillä esimerkiksi levottoman vanhuksen oloa voidaan helpottaa musiikin keinoin. Hoitaja voi rauhoittaa vanhusta tai herättää hänessä mielikuvia ja miellyttäviä muistoja musiikin avulla. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 207.) Myös Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksessa on mainittu musiikkiterapia muistisairaalan käytösoireiden lääkkeettömien hoitomahdollisuuksien kohdalla. Koulutetun terapeutin

toteuttaman musiikkiterapian todetaan olevan tehokasta levottomuuden vähentämiseen myös Livingstonin ym. (2014, 436) tekemässä systemoidussa katsauksessa. Hoitaja ei voi kuitenkaan toteuttaa tämänkaltaista musiikkiterapiaa ilman erillistä lisäkoulutusta.

Tästä syystä aineistoomme valikoidun Nairin ym. (2010) tekemän barokkimusiikkia koskevan tutkimuksen tulokset olivat yllättävät, sillä ne poikkesivat aiemmasta tutkimustiedosta. Tulokseen ovat kuitenkin voineet vaikuttaa soitettun musiikin voimakkuus ja tempo ja tutkittavien henkilökohtaiset mieltymykset musiikin suhteen. Tutkijat arvelevat, että myös sillä voi olla vaikutusta, että musiikki oli CD-soittimelta kuunneltua, eikä barokkiyhtyeen reaaliaikaisena soittamaa. (Nair ym. 2010.)

6.2.2 Aromaterapian ja hieronnan vaikutus levottomuuteen

Aromaterapian ei ole todettu vähentävän muistisairaiden levottomuutta myöskään Livingstonin ym. (2014) tekemässä systemoidussa katsauksessa, jossa oli arvioitu kahta satunnaistettua vertailututkimusta, yhtä sokkotutkimusta sekä yhtä tutkimusta, jossa sokkouttamista ei oltu käytetty. Hieronnan sen sijaan todettiin olevan tehokasta, mutta tutkijat eivät ottaneet kantaa vasteen kokoon. (Livingston ym. 2014, 436.) Katsauksen on arveltu olevan hyvin sovellettavissa suomalaisen väestöön Koposen ja Vatajan näytönastekatsauksessa (Koponen & Vataja 2016b).

Moylen ym. (2014) jalkojenhierontaa käsittelevässä tutkimuksessa pohditaan, että tuloksiin saattoi vaikuttaa tutkittavien henkilökohtaiset mieltymykset eli se, että osa tutkittavista ei pitänyt jalkahierontaa miellyttävänä, vaan pyysi sen lopettamista kesken. Osa tutkittavista osoitti myös lisääntyntä levottomuutta, kun jalkahierontaa toteutti heille tuntematon henkilö. Se antaa viitteitä siitä, että monelle on tärkeää, että heidän hoitoaan toteuttaa heille tuttu henkilö. On mahdollista, että jos jalkahieronnan toteuttaisi tuttu hoitaja tai perheenjäsen, voisi tuloksena olla ahdistuksen lievittyminen. Tutkijat kertovat, että tätä teoriaa pohjustamaan on tehty jo aiemmin tutkimusta, kuten vuonna 2005 Cullenin ja Barlown tekemä tutkimus aiheeseen liittyen. Osalla tutkittavista jalkahieronta näytti vaikuttavan positiivisesti välittömästi hieronnan jälkeen, mutta vaikutukset eivät kestäneet pitkään. (Moyle ym. 2014.)

6.2.3 Kävelyn ja liikunnan vaikutukset levottomuuteen

Eggermontin ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa puolen tunnin päivällä tehdyllä kävelylenkillä ei todettu olevan vaikutusta yölliseen levottomuuteen muistisairaille henkilöillä (Eggermontin ym. 2010, 748). Saadut tulokset vastaavat Forbesin ym. (2015) katsauksen tuloksia. Heidän mukaansa ei ole olemassa selkeää näyttöä liikunnan hyödyistä neuropsykiatristen oireiden hoidossa (Forbes ym. 2015, 14). Joanna Briggs Instituten tutkijan Lizarondonin (2016, 2) katsauksessa sanotaan myös, että todisteet liikunnan hyödyistä levottomuuden hoidossa ovat riittämättömiä. Livingstonin ym. (2014, 439) systemoidussa katsauksessa todettiin yhtäläisesti, että liikunnasta ei ollut riittävästi tutkimusnäyttöä sen tehon arvioimiseksi. Suomalaisessa Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksessa (2017) kuitenkin mainitaan liikunta yhtenä käytösoireiden lääkkeettömänä hoitomahdollisuutena.

6.2.4 Kivunhoidon vaikutus levottomuuteen

Jopa 80 %:lla vanhainkodin asukkaista arvioidaan olevan kipua, joka vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä (Monroe ym. 2014; Ahnin ym. 2015, 256 mukaan). Viimeaikaiset tutkimustulokset osoittavat, että kivulla voi olla yhteyttä aggressiiviseen käytökseen muistisairaille vanhainkodin asukkailla (Ahn & Horgas, 2014; Kunikel ym. 2010; Norton, ym. 2010; Ahnin ym. 2015, 256 mukaan). Monissa hoitosuosituksissa onkin jo korostettu hyvän kivunhoidon merkitystä muistisairauksien neuropsykiatristen oireiden hoidossa (Lyketsos ym. 2006, 561–573; Husebon ym. 2011, 2 mukaan).

Harvassa tutkimuksessa on kuitenkin tutkittu kivunhoitoa potentiaalisena apuvälineenä levottomuuden vähentämisessä (Husebo, ym. 2011; Chibnall ym. 2005, 1921–1929; Kovach ym. 2006, 147–155; Manfredi ym. 2003, 700–705; Husebon ym. 2011, 2 mukaan). Myös Muistisairauksien Käypä hoito -suosituksessa (2017) kehoitetaan selvittämään somaattisten sairauksien tai muiden laukaisevien tekijöiden, kuten kivun, osuus käytösoireiden ilmaantuessa tai pahentuessa.

6.2.5 Hoitajan omat rauhoittamisen keinot

Saarnion ja Isolan (2009) tutkimuksessa kerrotaan millaisia keinoja hoitajat ovat käyttäneet rauhoittamaan levottomia muistisairaita. Vaikka jokainen hoitaja käyttää saatavilla olevia rauhoittamisen keinoja omalla tavallaan, saattaisivat he hyötyä uusien keinojen opettelusta esimerkiksi kollegoidensa tuella, heidän toimintaansa seuraamalla tai reflektoinnilla. (Saarnio & Isola 2009, 332.)

Tutkimuksessa myös osoitettiin, että hoitajien tuen tarve voi vaihdella ja muuttua niinkin lyhyessä ajassa kuin viidessä vuodessa. Vuoden 2004 vastaukset sisälsivät vanhuksen elämänhistorian tuntemisen, pitkän työkokemuksen, hoitajien teoreettisen tietämyksen muistisairauksista ja hoitajien työsuhteiden pysyvyyden, mutta vuonna 2009 kokemuksen ja teoreettisen tietämyksen osuus ei ollut niin merkittävä. (Saarnio & Isola 2009, 330.) Tällaiseen muutokseen voi olla monia syitä, mutta se osoittaa kuitenkin sen, että hoitohenkilökunnan tuen tarpeen ei voi olettaa olevan samankaltainen kaikkina ajankohtina. Sen sijaan tuen tarpeet muuttuvat ajan myötä työolosuhteiden muuttuessa. Livingstonin ym. (2014) katsauksessa todetaan, että hoitohenkilökunnan kommunikaatiotaitoihin liittyvän koulutus on tehokasta muistisairaiden potilaiden välittömiin levottomuuden oireisiin sekä myös levottomuuteen pidemmällä aikavälillä (Livingston 2014, 439; Koponen & Vataja 2016b mukaan).

6.2.6 Yksilöllinen kohtaaminen

Potilaskeskeisten hoitojärjestelyiden ja muistisairauksista kärsivien potilaiden hoitotoimenpiteiden kartoituksen ja valvonnan todettiin olevan tehokkaita vaikeiden agitaatio-oireiden lievittämisessä (Livingston ym. 2014, 439; Koponen & Vataja 2016 mukaan).

Van Haitsma ym. (2013) tutkimuksessa yksilöllisellä kohtaamisella aikaansaadaan positiivinen vaikutus potilaiden käytökseen. Individualized Positive Psychosocial Intervention (IPPI) ryhmä osoitti vastaavaa määrää positiivista käytöstä kuin Attention Control (AC) ryhmä, molemmat ryhmät kokivat selvästi kontrolliryhmää enemmän positiivisia tunteita. Negatiivisen käytöksen määrä oli IPPI ryhmässä alhaisin ja AC ryhmässä korkeampi ja korkein kontrolliryhmässä. (Van Haitsma ym. 2013, 41-42.)

Bird ym. (2009, 73) tutkimuksessa yksilöllisen kohtaamisen arvioitiin vaikuttavan positiivisesti agitaatioon 58,6%:lla asukkaista ja agitaation pysyneen ennallaan 26,8%:lla asukkaista. Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö väheni intervention aikana. (Bird ym 2009, 74.)

Nämä tulokset eriävät Joanna Briggs Instituten julkaisusta, jossa Lizarondo (2016) esittää kaksi katsausta. Ensimmäisessä todetaan olevan heikkoa näyttöä sen puolesta, ettei yksilöllinen lähestyminen vaikuttanut merkittävästi agitaation ja aggression ilmenemistäajuuteen. Toisessa kuitenkin kerrotaan yksilöllisen kohtaamisen vähentävän agitaatiota välittömästi ja pitkäkestoisesti. Lizarondo päättelee, että koska sekä hoitohenkilöstö että potilaiden läheiset suhtautuvat menetelmään myönteisesti, sitä voidaan käyttää aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamiseen dementiasta kärsivillä vanhuksilla. (Lizarondo 2016, 1-2.)

6.2.7 Kirkasvalohoidon vaikutukset

Dowlingin ym. (2007) ja Barrickin ym. (2010) tutkimukset osoittavat, että kirkasvalohoito ei vaikuta positiivisesti levottomuuteen. Saadut tulokset vastaavat Forbesin ym. (2014) katsauksen tuloksia. He arvioivat kuutta tutkimusta, joissa jokaisessa todetaan, että kirkasvalohoidolla ei ole vaikutusta muistisairaiden henkilöiden levottomuuteen (Forbes ym. 2014, 16).

Joanna Briggs Institute on myös tuottanut kirkasvalohoitoa käsittelevän katsauksen, jossa Lizarondonin (2016) tuotoksessa mainitaan, että kirkasvalohoidolla ei ole vaikutusta levottomuuteen ja sitä ei suositella käytettäväksi hoitotyön keinoksi levottomuuden vähentämiseen muistisairaille vanhuksilla. Myös Livingstonin ym. (2014) tehdyssä systemoidussa katsauksessa todetaan, että valohoito ei vähentänyt tehokkaasti levottomuutta muistisairaille, tai saattoi jopa pahentaa sitä (Livingston ym. 2014, Koponen & Vataja 2016 mukaan).

6.3. Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Suomenkielisiä tai Suomessa tehtyjä kattavia tutkimuksia levottoman muistisairaana potilaan rauhoittamisen hoitotyön keinoista löytyi varsin vähän. Englanninkielisiä tutkimuksia löytyi sen sijaan enemmän. Jatkossa tulisi tehdä tutkimusta Suomessa käytetyistä hoitotyön keinoista levottoman muistisairaana potilaan rauhoittamiseksi sekä näiden keinojen vaikuttavuudesta. Tulisi myös tutkia tilanteita, joissa on kannattavaa käyttää lääkkeellisiä keinoja ja vertailla niitä tilanteisiin, joissa lääkkeettömistä keinoista on enemmän hyötyä.

Tulosten perusteella ehdottaisimme, että hoitajien tulisi hyödyntää enemmän omaa persoonaansa ja intuitiotaan levottomia muistisairaita henkilöitä kohdatessa ja toimia eettisiä periaatteita ja ammatillista toimintatapaa noudattaen sekä ihmisarvoa kunnioittaen. Myös muistisairaana yksilöllinen kohtaaminen on tärkeää, jotta muistisairas henkilö kokee tulleensa kohdatuksi omana yksilönään ja että hänen henkilökohtaiset tarpeensa ja toiveensa huomioidaan. Ehdottaisimme myös kivunhoitoon panostamista levottomilla muistisairailla, vaikka he eivät pystyisi itse verbaalisesti ilmaisemaan kipuaan. Hierontaa voisi mahdollisesti käyttää yksittäisillä henkilöillä levottomuuden vähentämisessä, kunhan hoidon toteuttaisi muistisairaalle tuttu henkilö, kuten omainen tai ennestään tuttu hoitaja, ja hoidossa otettaisiin huomioon muistisairaana henkilön omat mieltymykset.

LÄHTEET

Ahn, H., Garvan, C & Lyon, D. 2015. Pain and Aggression in Nursing Home Residents with Dementia. *Nursing research* 64 (4), 256-263.

Aveyard, H. 2010. *Doing a literature review in health and social care. A practical guide.* Maidenhead: Open University Press.

Barrick, A-L., Sloane P., Williams, C., Mitchell, M., Connell, B., Wood, W., Hickman, S., Preisser, J. & Zimmerman, S. 2010. Impact of Ambient Bright Light on Agitation in Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25(10), 1013-1021.

Bird, M., Llewellyn-Jones, R. & Korten, A. 2009. An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behavior associated with dementia. *Aging & Mental Health* 13 (1), 73–83.

Cronin, P., Ryan, F. & Coughlan, M. 2008. Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17 (1), 38–43.

Dowling, G., Graf, C., Hubbard, E. & Luxenburg, J. 2007. Light Treatment for Neuropsychiatric Behaviors in Alzheimer's Disease. *Western journal of nursing research*, 29(8), 961–975.

Eggermont, L., Blankevoort, C. & Schreder, E. 2010. Walking and night-time restlessness in mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial. *Age and Ageing* 39 (1), 746–761.

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. *Muistisairaudet.* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Forbes, D., Blake, CM., Thiessen, EJ., Peacock S. & Hawranik, P. 2014. Light therapy for improving cognition, activities of daily living, sleep, challenging behavior, and psychiatric disturbances in dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014 (2). The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons.

Forbes, D., Forbes, SC., Blake, CM., Thiessen, EJ. & Forbes, S. 2015. Exercise programs for people with dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015. The Cochrane Collaboration. John Wiley & Sons.

Fu, C-Y., Moyle, W. & Cooke, M. 2013. A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 13 (1).

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos.* Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Husebo, B., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. & Aarsland, D. 2011. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ Publishing Group*.

Koponen, H & Vataja, R. 2016a. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Julkaistu 15.09.2016. Luettu 17.10.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00524>

Koponen, H. & Vataja, R. 2016b. Muistisairaiden käytösoireiden lääkkeetön hoito. Julkaistu: 14.09.2016. Luettu 24.3.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nak08843>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Paten, N., Omar, R., Katona, C. & Cooper, C. 2014. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry* 205 (1), 436–442.

Lizarondo, L. 2016. Aggression in the Elderly with Dementia: Non-Pharmacological Interventions. The Joanna Briggs Institute EBP Database.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi: hoitaja toimintakyvyn tuojana. Helsinki: Edita Publishing.

Moyle, W., Cooke, M-L., Beattie, E., Shum, D., O'Dwyer S. & Barrett, S. 2014. Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 51 (1), 856–864.

Muistiliitto Ry. 2016a. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf

Muistiliitto Ry. 2016b. Muistihäiriöt ja –sairaudet: Muistisairaudet. Päivitetty 3.10.2016. Luettu 23.9.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Muistiliitto Ry. 2017. Muistihäiriöt ja sairaudet: Muutokset käyttäytymisessä. Päivitetty 30.8.2017. Luettu 27.9.2017. <http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto/muutokset-kayttaytymisessa/>

Muistisairaudet. 2017. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 27.9.2017. www.kaypahoito.fi

Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Luettu 27.9.2017. www.kaypahoito.fi

Nair, B., Heim, C., Krishnan, C., D'Este, C., Marley, J. & Attia, J. 2010. Research: The effect of Baroque music on behavioural disturbances in patients with dementia. *Australasian Journal on Ageing* 30 (1), 11–15.

- O'Connor, D., Eppingstall, B., Taffe, J. & van der Ploeg, E. 2013. A randomized, controlled cross-over trial of dermally-applied lavender (*Lavendula angustifolia*) oil as a treatment of agitated behaviour in dementia. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 13 (1). 315
- Pudas-Tähkä, S.M. & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen raja-
jaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M.
& Ääri, R.L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yli-
opisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. 46–57
- Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän demen-
toituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* (4), 323–334.
- Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Tu-
run yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73.
- Sulkava, R. 2016. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. *Geriatrics*. Kustannus Oy Duo-
decim. http://www.oppiportti.fi/op/ger00808/do?p_haku=muistisairaus#q=muistisairaus
- Tampereen yliopisto. Tutkimuksen etiikka. Tutkimuslupa. Luettu 19.3.2018.
<http://www2.uta.fi/tutkimus/tutkimuksen-etiikka/ihmistieteiden-eettinen-ennakkoarviointi/tutkimuslupa>
- Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Kansantaudit: Muistisairaudet. Päivitetty
13.10.2015. Luettu 23.9.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>
- Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos. 2017. Muistisairaudet: muistisairauksien yleisyys.
Päivitetty 29.9.2017. Luettu 17.10.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muisti-sairaudet/muistisairauksien-yleisyys>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10 painos.
Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Van Haitsma, K., Curyto, K., Abbott, K., Towsley, G., Spector, A. & Kleban, M. 2013.
A Randomized Controlled Trial for an Individualized Positive Psychosocial Interven-
tion for the Affective and Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Resi-
dents. *Journals of Gerontology Series: Psychological Sciences and Social Sciences* 70
(1), 35–45.
- Yoshiyama, K., Arita, H. & Suzuki, J. 2015. The Effect of Aroma Hand Massage Ther-
apy for People with Dementia. *The Journal of Alternative and Complementary Medi-
cine*. 21 (12), 759–765.

LIITTEET

Liite 1. Aineiston kuvaus

1(6)

Tutkijan nimi Vuosisuku Nimi	Työn tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. 2015 Pain and Aggression in Nursing Home Residents with Dementia: Minimum Data Set 3.0 Analysis	Tutkia yhteyttä kivun ja aggressiivisuuden välillä vanhainkodin asukkailla jotka itse arvioivat kipuaan tai joiden kipua henkilökunta arvioi muilla menetelmillä.	Analyysi tehtiin vanhainkodin MDS 3.0 tietueesta saatujen tietojen perusteella. Aggressiivista käyttäytymistä ja kipua arvioitiin numeraalisesti, jonka jälkeen näiden yhteyttä analysoitiin.	Asukkailla, joilla oli vakavaa itse ilmoitettua kipua, oli 12% suurempi todennäköisyys verbaaliseen aggressiivisuuteen verrattuna vähemmän kivuliaisiin asukkaisiin. Itse ilmoitettulla kivulla oli yhteyttä myös fyysiseen aggressiivisuuteen. Asukkailla, joilla arvioitiin olevan vakavaa kipua, oli 23% suurentunut todennäköisyys verbaaliseen aggressiivisuuteen ja 20% suurentunut todennäköisyys fyysiseen aggressiivisuuteen verrattuna vähemmän kivuliaisiin asukkaisiin.
Barrick, A-L., Sloane, P., Williams, C., Mitchell, M., Connell, B-R., Wood, W., Hickman, S., Preisser, J. & Zimmerman, S. 2010. Impact of Ambient Bright Light on Agitation in Dementia.	Arvioida ympäristön tunnelmavalohoidon vaikutusta levottomuuteen laitoshoidossa asuvilla dementiapotilailla.	Tutkimus toteutettiin kahdessa Pohjois-Amerikkalaisessa dementoituneille henkilöille suunnatussa laitoshoitoyksikössä. Kaikki yksiköiden potilaat osallistuivat tutkimukseen. Interventio koostui neljästä eri valaistusolosuhteesta eri vuorokaudenaikoina. Valohoittoa annettiin kolmen viikon ajan.	Ympäristön tunnelmavalohoidolla ei havaittu vaikutusta levottomuuden vähentämisessä. Valohoido voi jopa pahentaa käytösoireita.

2(6)

Tutkijan nimi Vuosisivu Työn nimi	Työn tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Bird, M., Llewellyn-Jones, R. H. & Korten, A</p> <p>2008</p> <p>An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behavior associated with dementia.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään yksilöllisen lähestymisen tehokkuutta haasteellisen käytöksen hallinnassa.</p>	<p>Osallistujat valittiin määriteltujen kriteerien kotihoidosta ja hoitokodeista Pohjoisessa Sydneyssä.</p> <p>Osallistujien tilanteet arvioitiin yksilöllisesti, pyrkimyksenä tuottaa lisää tietoa ja ymmärrystä potilaan käytöksestä. Tutkijat pitivät palaverin hoitohenkilökunnan/ hoitajien kanssa, jossa laadittiin henkilökohtaiset hoitosuunnitelmat.</p>	<p>Henkilökohtaiset hoitosuunnitelmat alensivat haastavan käytöksen ilmenemistä juuttu 42%:lla. Hoitajien kokema hoitoon liittyvä stressi väheni merkittävästi.</p>
<p>Dowling, G., Graf, C., Hubbard, E. & Luxenburg, J.</p> <p>2007.</p> <p>Light Treatment for Neuropsychiatric Behaviors in Alzheimer's Disease.</p>	<p>Tutkia aamulla tai ilta-päivällä annetun kirkasvalohoidon vaikutusta laitoshoidossa asuvien dementoitu-neiden potilaiden käytösoireiden sekä neuropsykiatristen oireiden ilmaantuvuuteen, vakavuusasteeseen ja yleisyyteen.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe</p> <p>Osallistujat valittiin määriteltujen kriteerien mukaisesti kahdesta pitkäaikaisen hoidon hoitokodista Pohjois-Amerikassa.</p> <p>Osallistujat jaettiin sattumanvaraisesti kahteen koeryhmään, jotka saivat kirkasvalo-hoitoa joko aamulla tai ilta-päivällä. Tämän lisäksi valittiin vielä kontrolliryhmä, joka vietti aikaansa vain tavallisessa huonevalossa.</p> <p>Valohoitoa annettiin yhden tunnin ajan maanantaista perjantaihin 10 viikon ajan.</p>	<p>Tutkimuksessa havaittiin eroja ryhmien välillä arvioitaessa levottomuutta, aggressiivisuutta, yms. Ero ei kuitenkaan ollut kovin suuri, joten tulokset eivät välttämättä ole kliinisesti merkittäviä.</p>

3(6)

Tutkijan nimi Vuosisiluku Työn nimi	Työn tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Eggermont, L., Blankevoort, C. & Scherder, E.</p> <p>2010.</p> <p>Walking and night-time restlessness in mild-to- moderate dementia: a ran- domized controlled trial</p>	<p>Selvittää päivällä teh- dyn kävelylenkin vai- kutusta yölliseen le- vottomuuteen lievää tai keskivaikeaa de- mentiaa sairastavilla potilailla, jotka asuvat vanhainkodissa.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe</p> <p>Yhdeksästätoista vanhainko- dista valittiin osallistujia mää- ritetyjen kriteerien mukaisesti.</p> <p>Osallistujat jaettiin sattuman- varaisesti interventoryhmään ja kontrolliryhmään. Interven- toryhmä käveli 30 minuutin lenkin opiskelijan seurassa itse valitsemallaan nopeu- della. Lenkki toteutettiin van- hainkodin tiloissa tai pihassa viisi kertaa viikossa kuuden viikon ajan. Opiskelijat kävi- vät myös kontrolliryhmän jä- senten luona vierailemassa, mutta he eivät käyneet käve- lyllä.</p>	<p>Päivällä tehdyllä kävelylen- killä ei huomattu merkittävää vaikutusta yölliseen levotto- muuteen.</p>
<p>Fu, C-Y., Moyle, W. & Cooke, M.</p> <p>2013.</p> <p>A randomized controlled trial of the use of aroma- therapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia.</p>	<p>Arvioida aromatera- pian ja yhdistetyn aro- materapian ja käsi- hieronnan vaikutusta käytöshäiriöihin de- mentoituneella poti- laalla.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe.</p> <p>Osallistujat valittiin kolmesta vanhainkodista Australiassa määritettyjen kriteerien mu- kaisesti.</p> <p>Osallistujat jaettiin sattuman- varaisesti kolmeen ryhmään: yksi ryhmä sai aromaterapiaa, toinen aromaterapiaa ja käsi- hierontaa ja kolmas ryhmä toimi kontrolliryhmänä.</p> <p>Ryhmät saivat hoitoa kuuden viikon ajan, kahdesti päivässä.</p>	<p>Aromaterapialla tai aromatera- pialla ja käsihieronnalla ei to- dettu olevan merkittävää vai- kutusta häiriökäyttäytymi- seen.</p>

4(6)

Tutkijan nimi Vuosisiluku Työn nimi	Työn tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
Husebo, B. S, Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B. & Aarsland, D. 2011 Efficacy of treating pain to reduce behavioural dis- turbances in residents of nursing homes with de- mentia: cluster random- ized clinical trial	Tutkimuksessa selvi- tettiin onko kivunhoi- dolla vaikutusta agi- taatioon hoitolaitok- sessa asuvilla demen- tiasta kärsivillä.	Satunnaistettu vertailukoe. Osallistujat valittiin määritel- tyjen kriteerien mukaisesti kahdeksastatoista hoitokodista Norjassa. Interventio-ryhmän osallistu- jat saivat henkilökohtaiset päi- vittäiset kivunhoidot kahdek- san viikon ajan. Kontrolliryh- män osallistujat saivat taval- lista hoitoa.	Agitaatio oli merkittävästi alempi interventoryhmässä.
Moyle, W., Cooke, M.L., Beattie, E., Shum D.H.K, O'Dwyer, S. & Barrett, S. 2013 Foot massage versus quiet presence on agitation and mood in people with de- mentia: A randomized controlled trial	Tutkimuksessa verrat- aan jalkahieronnan ja hiljaisen läsnäolon vaikutusta dementi- asta kärsivien agitaati- oon ja mielialaan.	Satunnaistettu vertailukoe. Osallistujat valittiin määritel- tyjen kriteerien mukaisesti vii- destä pitkäaikaisen hoidon hoitokodista Australiassa. Osallistujat jaettiin sattuman- varaisesti kahteen koeryh- mään, jotka saivat joko jalka- hierontaa tai hiljaista läsnä- oloa.	Agitaatiota kuvaavat CMAI arvot nousivat molemmissa ryhmissä, kuitenkin enemmän hiljaisen läsnäolon ryhmässä.
Nair, B., Heim, C., Krishan, C., D'Este, C., Marley, J. & Attia, J. 2010 The effect of Baroque mu- sic on behavioural disturb- ances in patients with de- mentia	Tutkimuksessa selvi- tettiin barokkimusi- ikin vaikutusta käy- töshäiriöiden hoidossa dementiasta kärsivillä.	Vaihtovuoroinen tutkimus Osallistujat valittiin määritel- tyjen kriteerien mukaisesti kahdelta hoitokodin osastolta Australiassa. Interventioviikkoina soitettiin valittua barokkimusiikkia klo 15-19 cd-soittimesta yleisissä tiloissa sellaisella voimakkuu- della, että se kuului kaikkialla yleisissä tiloissa.	Viikkoina, jolloin barokkimu- siikkia soitettiin, oli huomatta- vasti enemmän käytöshäiriöitä kontrollijaksoihin verrattuna.

Tutkijan nimi Vuosisivu Työn nimi	Työn tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
<p>O'Connor, D. W., Eppingstall, B., Taffe, J. & Van der Ploeg, E. S.</p> <p>2013</p> <p>A randomized, controlled cross-over trial of dermally-applied lavender (Lavandula angustifolia) oil as a treatment of agitated behavior in dementia</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin iholle levitetyn laventeliöljyn vaikutusta agitaatioon dementiaasta kärsivillä.</p>	<p>Satunnaistettu ristikkäiskoe</p> <p>Osallistujat valittiin määritelyjen kriteerien mukaisesti kahdeksasta psykiatriasta hoitokodista ja kolmesta yksityisestä hoitokodista Melbourne, Australiassa.</p> <p>Hoitohenkilö hieroi 1ml joko laventeliöljyä tai kontrolliöljyä osallistujan käsivarsille.</p>	<p>Laventeliöljyllä ei saavutettu parempia tuloksia kontrolliöljyyn verrattuna agitaation voimakkuuden ja ilmenemistajuuden alentamisessa.</p>
<p>Saarnio, R. & Isola, A.</p> <p>2010</p> <p>Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta.</p>	<p>Kuvata dementoituvien vanhusten hoitotyössä toimivien henkilöiden kokemuksia tilanteista jotka he kokivat haastavina, sekä tilanteita joissa he kokivat onnistuneensa kohdatessaan haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen vanhuksen.</p>	<p>Aineistona vuosina 2004 ja 2009 toteutetun kyselytutkimuksen vapaamuotoiset vastaukset hoitajien onnistuneista kokemuksista dementoituneen vanhuksen kohtaamisesta.</p> <p>Kertomukset analysoitiin induktiivisella ja deduktiivisella sisällönanalysilla.</p>	<p>Hoitajat kokivat haasteellisiksi tilanteet, joissa hoitotilanteisiin liittyy vastustamista tai muihin asukkaisiin tai hoitajiin kohdistuu häirintää tai aggressiivisuutta.</p> <p>Hoitajat kertoivat onnistuvansa haasteelliseksi kokemissaan tilanteissa hyödyntämällä persoonallista, intuitiivista, eettistä ja ammatillista toimintatapaa.</p>

Tutkijan nimi Vuosisiluku Työn nimi	Työn tarkoitus	Menetelmä ja aineisto	Keskeiset tulokset
<p>Van Haitsma, K., Curyto, K., Abbott, K., Towsley, G., Spector, A. & Kleban, M.</p> <p>2015.</p> <p>A Randomized Controlled Trial for an Individualized Positive Psychosocial Intervention for the Affective and Behavioral Symptoms of Dementia in Nursing Home Residents</p>	<p>Tutkia hoitajan ohjaamien yksilöllisten aktiviteettien vaikutusta positiivisten tunnereaktioiden lisääntymiseen ja negatiivisten tunnereaktioiden vähentymiseen sekä käyttäytymisen häiriöihin.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe.</p> <p>Osallistujat valittiin Pohjois-Amerikkalaisesta vanhainkodista määriteltujen kriteerien mukaisesti.</p> <p>Osallistujat jaettiin sattumanvaraisesti kontrolliryhmään (UC-ryhmä) sekä kahteen eri interventoryhmään, joista toisessa asukas osallistui standardeitua yksilötekemiseen hoitajansa kanssa (AC-ryhmä), toisessa osallistujat saivat osallistua Individualized Positive Psychosocial Intervention – menetelmällä toteutettuun tekemiseen yhdessä hoitajan kanssa (IPPI-ryhmä).</p>	<p>Interventoryhmissä havaittiin mm. lisääntyntä mielihyvää, vireyttä, sitoutumista sekä positiivista verbaalista käyttäytymistä verrattuna kontrolliryhmään. AC-ryhmässä kuitenkin esiintyi enemmän vihaa, yhteistyökyvyttömyyttä ja negatiivista verbaalista käyttäytymistä verrattuna kahteen muuhun ryhmään.</p>
<p>Yoshiyama, K., Arita, H. & Suzuki, J.</p> <p>2015</p> <p>The Effect of Aroma Hand Massage Therapy for People with Dementia.</p>	<p>Arvioida kliinisen aromaterapian tehokkuutta ja turvallisuutta osana rutiininomaista ja yhteisistä dementoituneiden henkilöiden hoitoa.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe</p> <p>Osallistujat valittiin yhdestä japanilaisesta vanhainkodista määriteltujen kriteerien mukaisesti.</p> <p>Osallistujat jaettiin sattumanvaraisesti kahteen ryhmään: interventiona ensin aromaterapeuttisia öljyjä apuna käyttäen käsihieronta, jonka jälkeen vaihdettiin kontrolliterapiaan sekä toisessa ryhmässä kontrollijakso ja hierontajakso toteutettiin käänteisessä järjestyksessä.</p> <p>Hierontaa toteutettiin kolme kertaa viikossa neljän viikon ajan.</p>	<p>Käsihieronnalla ja kliinisellä aromaterapialla ei todettu olevan merkittävää vaikutusta ADL – tuloksiin tai dementian käytösoireiden ja psykologisten oireiden arvioimiseen kehitetyn mittarin tuloksiin.</p>